



## DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES (DDD)

**ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО ЗАПЛАНОВАНУ ДІЮ  
ВІДМОВА, ПРИПИНЕННЯ АБО ЗАКІНЧЕННЯ ТЕРМІNU ДІЇ ПРАВА НА ПОСЛУГИ,  
PLANNED ACTION NOTICE  
ELIGIBILITY DENIAL, TERMINATION, OR EXPIRATION**

### ІМ'Я ТА АДРЕСА КЛІЄНТА/ЗАЯВНИКА

## ІМ'Я ТА АДРЕСА ПРЕДСТАВНИКА

## Шановний (на)

РІШЕННЯ ПРО НАЯВНІСТЬ ПРАВ

Починаючи з \_\_\_\_\_ Ви не маєте права бути клієнтом відділу DDD, тому що:

- Ви НЕ відповідаєте критеріям для наявності будь-яких прав на послуги відповідно до Вашого віку.

Молодше 6 (шести) років WAC 388-823-0810 по 0850

Від 6 (шести) до 9 (дев'яти) років WAC 388-823-0810 по 0850  
WAC 388-823-0200 по 0710

10 (десять) років та старше WAC 388-823-0200 по 0710

(Дивіться перелік свідчень та таблицю свідчень, що додаються)

- Ваше право закінчиться, коли
    - Вам виповниться 4 роки
    - Вам виповниться 10 років
  - Ви одержали інвалідність у 18 років або пізніше.** WAC 388-823-0040
  - Ви не є мешканцем штату Вашингтон.** WAC 388-823-0050 та WAC 388-823-1020
  - Не вважається, що Ваша інвалідність триватиме невизначений час.** WAC 388-823-0040
  - Ви або Ваш представник попросили припинити Ваше право на послуги відділу DDD.**

ЩО СТАНЕТЬСЯ ДАЛІ?

- Ви зараз одержуєте сплачені послуги відділу DDD, і наступні послуги будуть припинені, коли скінчиться термін дії Вашого права або його буде припинено: (RCW 71A.16.020)

Послуги виняткової програми HCBS по догляду вдома і за місцем проживання     Сплати DDD SSP

Особистий догляд за програмою Medicaid                          Інші послуги

Послуги з підтримки сім'ї

Інші наявні можливості Вашого обслуговування:

## ВАШІ ПРАВА НА ОСКАРЖЕННЯ

Ви маєте право вимагати проведення адміністративного слухання, якщо Ви не згодні з **відмовою** або **припиненням** Вашого права на послуги. Ви не маєте права подавати апеляцію у разі **закінчення** терміну дії Вашого права.

Ви маєте 90 (дев'яносто) днів з дати одержання цього повідомлення на те, щоб вимагати проведення слухання. Форма заяви додається.

- Відмова** у наданні права. Якщо у даній формі повідомляється, що Вам було відмовлено у проханні про надання права на послуги, то Ви можете вимагати проведення адміністративного слухання протягом 90 (дев'яноста) днів з дати одержання цього повідомлення. Якщо Ви вимагаєте проведення адміністративного слухання більш ніж через 90 (дев'яносто) днів з дати одержання цього повідомлення, Ви не матимете права на проведення слухання.
- Припинення** права на послуги. Якщо ця форма повідомляє Вас про припинення Вашого права на послуги:
- Ви можете вимагати проведення адміністративного слухання до \_\_\_\_\_ для того, щоб продовжувати мати право та отримувати будь-які платні послуги під час процесу оскарження.
  - Якщо Ви вирішили продовжити одержувати сплачені послуги і остаточне рішення підтверджує дію департаменту, Вам, можливо, доведеться повернути гроші за сплачені послуги, отримані за період до 60 днів.
  - Якщо Ви не хочете продовжувати одержувати сплачені послуги, зверніться до:

за телефоном \_\_\_\_\_

МЕНЕДЖЕР СПРАВИ /РЕСУРСІВ

НОМЕР ТЕЛЕФОНУ

- Закінчення терміну** надання права. Якщо у даній формі повідомляється, що термін надання Вам права закінчився, тому що Ви **вчасно** не подали повторну заяву про надання права до того, як Вам виповнилося чотири або десять років, Ви не маєте права на проведення адміністративного слухання. Ви можете повторно подати заяву про надання права.

Ви маєте такі права:

1. Мати представника (можливо, Ви маєте право на безкоштовну юридичну допомогу);
2. Вимагати копію Вашої справи та всієї інформації, розглянутої відділом DDD для винесення свого рішення;
3. Надавати документи для доказів;
4. Свідчити на слуханні та представляти свідків для свідчення на Вашу користь; та
5. Проводити перехресний допит свідків, що свідчать на корінь департаменту.

## ВИ МАЄТЕ ЗАПИТАННЯ?

Якщо Ви маєте запитання стосовно даного рішення про надання права або щодо процедури оскарження, зверніться до:

у \_\_\_\_\_

МЕНЕДЖЕР СПРАВИ /РЕСУРСІВ

НОМЕР ТЕЛЕФОНУ

НАЗВА І АДРЕСА ОФІСУ



**ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО ЗАПЛАНОВАНУ  
ДІЮ, ВІДМОВА, ПРИПИНЕННЯ АБО  
ЗАКІНЧЕННЯ ТЕРМІNU ДІЇ ПРАВА НА  
ПОСЛУГИ ВІДДІЛУ DDD, ПРОХАННЯ  
ПРО ПРОВЕДЕННЯ СЛУХАННЯ**

згідно з розділом 388-02 Правил DSHS  
про проведення слухання

FOR AGENCY USE ONLY

Oral request taken by:

NAME

TELEPHONE NUMBER

INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION

**ПОШТОВА АДРЕСА:** OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH), MAIL STOP: 42489  
PO BOX 42489  
OLYMPIA WA 98504-2489

**ФАКС:** 360-586-6463

Я прохочу провести адміністративне слухання, тому що я не згодний (на) з наступним рішенням Відділу допомоги лицям з інвалідністю внаслідок вад розвитку (Division of Developmental Disabilities, DDD) про послугу чи право на отримання послуг відділу:

ВАШЕ ІМ'Я (ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ)	ДАТА НАРОДЖЕННЯ	НОМЕР СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ
АДРЕСА ОСОБИ, ЯКА ВИМАГАЄ ПРОВЕДЕННЯ СЛУХАННЯ	ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР КЛІЄНТА	
МІСТО	ШТАТ	ІНДЕКС
		НОМЕР ТЕЛЕФОНУ (ВКЛЮЧАЮЧИ КОД МІСТА) <input type="checkbox"/> ТЕЛЕФОН ДЛЯ ПОВІДОМЛЕНЬ

Мене було повідомлено про рішення \_\_\_\_\_

ДАТА \_\_\_\_\_

НАЗВА І МІСЦЕ ЗНАХОДЖЕННЯ ОФІСУ DSHS

Я хочу продовжувати одержувати допомогу, якщо я маю право:

Так

Ні

Програма: \_\_\_\_\_

Мене представляє (якщо Ви збираєтесь приймати участь особисто, не заповнюйте наступні два рядка):

ІМ'Я ВАШОГО ПРЕДСТАВНИКА	ОРГАНІЗАЦІЯ	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ
--------------------------	-------------	----------------

АДРЕСА	МІСТО	ШТАТ	ІНДЕКС
--------	-------	------	--------

<input type="checkbox"/> Я дозволяю повідомити інформацію про моє слухання моєму представнику.
--

ВАШ ПІДПІС	ДАТА
------------	------

Чи Вам потрібний перекладач або інша допомога чи пристосування під час проведення слухання?  Так  Ні

Якщо так, перекладач на яку мову або яка допомога потрібна? \_\_\_\_\_

Адміністративні судді (ALJ) можуть проводити деякі слухання про телефону. Якщо Ви бажаєте, щоб слухання проводилося у присутності учасників, виконайте вказівки, що містяться у повідомленні про слухання, яке Вам надішло Управління з адміністративних слухань (OAH).

**INSTRUCTIONS FOR DDD ELIGIBILITY PLANNED ACTION  
NOTICE FOR DENIAL, TERMINATIONS, EXPIRATIONS**

Notification Requirements

1. The Planned Action Notice must be sent within 5 working days of the decision date.
2. The Planned Action Notice has five (5) sections.
  - Decision
  - Appeal rights
  - Summary of Evidence
  - Evidence Table
  - Request for Appeal
3. The Planned Action Notice is addressed to the client regardless of their age and to their representative per WAC 388-825-100. Use the following order to determine who represents the client:
  - A parent if the client is less than age eighteen (18);
  - The guardian or other legal representative;
  - Other relative;
  - Other person identified by the client;
  - An advocacy agency.

Completing the form

1. Effective date
  - Initial denial is the date generated by the IE application.
  - Expiration is 4th or 10th birthday.
  - 18 year old review is 18th birthday (allow a minimum of ten (10) days from the date of mailing and a maximum of ninety (90) days)
  - For other reviews, terminate the last of the month allowing a minimum of ten (10) days from the date of mailing and a maximum of ninety (90) days from mailing date.
2. Services: For terminations/expirations, check one of the boxes related to paid DDD services.
  - Check the DDD services that terminate with the eligibility.
  - You do not have to send an additional service Planned Action Notice since the "action" is the eligibility decision.
3. Other service options: Identify other DSHS and non-DSHS service options.
4. "Your Appeal Rights": Check the correct decision. At least one box must be checked.
  - If it is a termination of a currently eligible client, you must fill in the date for requesting a hearing and maintaining eligibility and services.

The appeal date is calculated by counting 10 days from the mailing of the Planned Action Notice and extending to the end of the month of the 10th day.

- The appeal date must be prior to or the same as the effective date. (See #1 above)
- The 10th day must be a working day.

Examples:

1. The notice is completed October 10th with anticipated mailing October 11th.
  - Ten (10) days counting October 11th is October 20th.
  - the last day of the month of the 10th day is October 31st.
2. The notice is completed October 20th with anticipated mailing October 23rd.
  - Ten (10) days counting October 23rd is November 1st.
  - the last day of the month of the 10th day is November 30th.

## 5. Summary of Evidence

- Complete the Summary section(s) relevant to the applicant/client age.
  - Children under age six (6): send only the Evidence Table "Children Under Age Ten (10)"
  - Children age six (6) through age nine (9): send both Evidence Tables
  - Persons age ten (10) and older: send only the Evidence Table for "Persons Age Six (6) and Older"

## Distribution

1. The client and representative letter can be mailed in the same envelope if they live at the same address.
2. Put a copy in the client file.
3. Allen/Marr Class Members (see policy 11.01 and 11.03)
  - WPAS
  - RSN
  - MH CRM
  - Mental Health Program Manager in DDD Headquarters

**ПЕРЕЛІК СВІДЧЕНЬ**  
**ОСНОВНІ ВИМОГИ ДЛЯ ОДЕРЖАННЯ ПРАВА НА ПОСЛУГИ DDD**

ДОСТАТНІ СВІДЧЕННЯ	НЕДОСТАТНІ СВІДЧЕННЯ	НЕ МАЄ ВІДНОШЕННЯ	ОСНОВНІ ВИМОГИ ДЛЯ ОДЕРЖАННЯ ПРАВА НА ПОСЛУГИ DDD	ПОЛОЖЕННЯ ДЕПАРТАМЕНТУ DSHS (WAC)
			(1) Вам 6 (шість) років або більше і Ви маєте інвалідність, яка пов'язана з однією або з декількома з наступних причин:	388-823-0040 (1)(a)
			(a) Розумова відсталість, або	
			(b) Церебральний параліч, або	
			(c) Епілепсія, або	
			(d) Аутизм, або	
			(e) Інше неврологічне захворювання, або	
			(f) Інше захворювання, яке за визначенням відділу DDD тісно пов'язане з розумовою відсталістю або потребує лікування, подібного тому, якого потребують особи з розумовою відсталістю;	
			та	388-823-0040 (1)(b)
			(2) Ви мали інвалідність до 18-річного віку;	
			та	388-823-0040 (1)(c)
			(3) Вважається, що Ваша інвалідність триватиме протягом невизначеного часу;	
			та	388-823-0040 (1)(d)
			(4) Ваша інвалідність призводить до значного обмеження адаптивних функцій.	
			або	388-823-0800 (4)
			(5) Ваш вік молодше 10 (десяти) років і:	
			(a) Ви маєте затримку розвитку, або	
			(b) Ви маєте синдром Дауна, або	
			(c) Ваш стан надто важкий, щоб проводити його оцінку, або	
			(d) Ви маєте право на участь у програмі інтенсивного медичного догляду вдома (Medically Intensive Home Care Program)	

**Примітка:**

“Недостатні свідчення” означає, що не було одержано ніяких свідчень або свідчення не відповідають критеріям WAC. Конкретні вимоги WAC можна знайти у таблиці свідчень, що додається.

Якщо Вам десять років або більше, вимоги пунктів з (2) по (5) будуть позначені “не має відношення”, якщо Ви не відповідаєте умовам, викладеним у (1).

Якщо Вам немає шести років, вимоги пунктів з (1) по (4) будуть позначені “не має відношення”, за виключенням наступного:

- Вимога (4) стосується тільки стану затримки розвитку.

ІМ'Я ЗАВІНКА

**ТАБЛИЦЯ СВІДЧЕНЬ  
ДЛІ ВІКОМ ДО 10 (ДЕСЯТИ) РОКІВ**

**Ви не маєте права бути клієнтом DDD. У цьому переліку зазначені свідчення, що потрібні для кожного випадку інвалідності у зв'язку з вадами розвитку згідно з положенням WAC 388-823.**

СТАН ІНВАЛІДНОСТІ	ДІАГНОЗ, ВСТАНОВЛЕНИЙ ВІДПОВІДНИМ ДІАГНОСТОМ	СВІДЧЕННЯ ПРО ЗНАЧНЕ ОБМЕЖЕННЯ
Затримка розвитку WAC 388-823-0610 по 388-823-0850	Діагноз не потрібний	Оцінка розвитку або оцінка затримки розвитку Затримки які становлять 1,5 стандартних відхилень нижче середнього значення: 3 народження до 2 років: 1 або більше затримок Вік 3-9 років: 3 або більше затримок
Синдром Дауна WAC 388-823-0810(2) WAC 388-823-0820	Синдром Дауна, встановлений ліцензованим лікарем	НЕ МАЄ ВІДНОШЕННЯ
Надто важкий стан для проведення оцінки WAC 388-823-0810(4) WAC 388-823-0820	Стан надто важкий для проведення оцінки ліцензованим лікарем або ліцензованим психологом	НЕ МАЄ ВІДНОШЕННЯ
Інтенсивний медичний догляд WAC 388-823-0810(3) WAC 388-823-0820	Право на участь у програмі інтенсивного медичного догляду вдома департаменту DSHS, встановлене директором DSHS/HRSA	НЕ МАЄ ВІДНОШЕННЯ

ІМ'Я ЗАЯВНИКА

**ТАБЛИЦЯ СВІДЧЕНЬ  
ОСОБИ ВІКОМ 6 (ШІСТЬ) РОКІВ І СТАРШІ**

**Ви не маєте права бути клієнтом DDD. У цьому переліку зазначені свідчення, що потрібні для кожного випадку інвалідності у зв'язку з вадами розвитку згідно з положенням WAC 388-823.**

ІМ'Я ЗАЯВНИКА	ОСОБИ ВІКОМ 6 (ШІСТЬ) РОКІВ І СТАРШІ	СВІДЧЕННЯ ПРО ЗНАЧНЕ ОБМЕЖЕННЯ
СТАН ІНВАЛІДНОСТІ	ДІАГНОЗ, ВСТАНОВЛЕНИЙ ВІДПОВІДНИМ ДІАГНОСТОМ	СВІДЧЕННЯ ПРО ЗНАЧНЕ ОБМЕЖЕННЯ
Розумова відсталість WAC 388-823-0200 по 388-823-0230	Розумова відсталість, встановлена ліцензованим психологом або сертифікованим шкільним психологом  Синдром Дауна, встановлений ліцензованим лікарем	Психологічна оцінка, що включає оцінку адаптивності та показник IQ за повною шкалою, який становить більше двох стандартних відхилень нижче середнього  <b>так</b>  Відсутність свідчень про психічне захворювання, психіатричний стан або іншу хворобу чи травму, що впливає на діагноз або адаптивні здібності.
Церебральний палапіч WAC 388-823-0300 по 388-823-0330	Церебральний параліч, встановлений ліцензованим лікарем Параліч, встановлений ліцензованим лікарем Геміплегія, встановлена ліцензованим лікарем Паралепгія, встановлена ліцензованим лікарем	Виникнення у віці до 3 років  <b>так</b>  Свідчення про необхідність фізичної допомоги у виконанні однієї або декількох з указаних дій: користуватися туалетом, митися, їсти, вдягатися, пересуватися, спілкуватися

СТАН ІНВАЛІДНОСТІ	ДІАГНОЗ, ВСТАНОВЛЕНІЙ ВІДПОВІДНИМ ДІАГНОСТОМ	СВІДЧЕННЯ ПРО ЗНАЧНЕ ОБМЕЖЕННЯ
Епілепсія WAC 388-823-0400 по 388-823-0420	Епілепсія, встановлена сертифікованим неврологом, або напади, встановлені сертифікованим неврологом	Діагноз на основі історії захворювання та тестування неврологичного стану Підтвердження терапевта або невролога щодо наявності неконтрольованих та постгійних нападів, які не контролюються медичними засобами <b>та</b> Показник оцінки адаптивності становить більше 2 стандартних відхилень нижче середнього в одному з наступних тестів: Vineland або SIB-R за останні 3 роки; або ICAR за останні 2 роки
Аутизм WAC 388-823-0500 по 388-823-0515	Аутизм або аутичний розпад згідно з положенням 299.00 DSM-IV-TR, встановлений неврологом, діяльність якого санкціонована атестаційного комісією, або психіатром, діяльність якого санкціонована атестаційного комісією, або ліцензованим психологом, або педіатром, який спеціалузується на розвитку та поведінці, діяльність котрого санкціонована атестаційного комісією.	Свідчення про затримку або аномальне функціонування до досягнення 3-річного віку стосовно соціальних, мовленнєвих, комунікативних навичок або символічної чи уявної гри
		Показник оцінки адаптивності становить більше 2 стандартних відхилень нижче середнього в одному з наступних тестів: Vineland або SIB-R за останні 3 роки; або ICAR за останні 2 роки

СТАН ІНВАЛІДНОСТІ	ДІАГНОЗ, ВСТАНОВЛЕНИЙ ВІДПОВІДНИМ ДІАГНОСТОМ	СВІДЧЕННЯ ПРО ЗНАЧНІ ОБМЕЖЕННЯ
Інше неврологічне захворювання WAC 388-823-0600 по 388-823-0615	Порушення центральної нервової системи, встановлене ліцензованим лікарем	Показник IQ за повною шкалою становить 1,5 або більше стандартних відхилень нижче середнього <b>та</b> Свідчення про необхідність щоденної фізичної допомоги у виконанні двох або декількох з указаних дій: користуватися туалетом, митися, їсти, вдягатися, пересуватися, спілкуватися
Інши захворювання WAC 388-823-0700 WAC 388-823-0710	Стан або розпад, що за визначенням призводить до недостатнього розвитку як розумових, так і адаптивних навичок, що встановлено ліцензованим лікарем або ліцензованим психологом <b>та</b> обумовлений неврологічним станом, розпадом центральної нервової системи або хромосомним порушенням	Показник IQ за повною шкалою становить 1,5 або більше стандартних відхилень нижче середнього <b>або</b> Свідчення про значне академічне відставання <b>та</b> Відсутність свідчень про інші захворювання або ушкодження, що впливають на адаптивні функції <b>та</b> Показник оцінки адаптивності становить більше 2 стандартних відхилень нижче середнього в одному з наступних тестів: Vineland або SIB-R за останні 3 роки; або ICAR за останні 2 роки
Інтенсивний медичний догляд (тільки до 17 років) WAC 388-823-0700(2) WAC 388-823-0710(2)	НЕ МАЄ ВІДНОШЕННЯ НЕ МАЄ ВІДНОШЕННЯ	Має право на участь у програмі інтенсивного медичного догляду вдома